1858.
Lane Medical Library
188

Symptome und Aetiologie der Wanderleber

im Anschluss an einen solchen Fall.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medicin und Chirurgie

welche

mit Genehmigung der hohen medicinischen Fakultät

der

vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

zugleich mit den Thesen

Sonnabend, den 20. Juli 1889 Vormittags 11 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Georg Curtius

approb. Arzt

aus Graudenz.

Referent: Herr Geh.-Rat Prof. Dr. **Kaltenbach.**

Opponenten:

Herr **Ernst Wetzel**, approb. Arzt

Herr **August Piltz**, approb. Arzt.

Halle a. S.,

Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.

1889.

Imprimatur

Eberth

Decan.

Dem Andenken

seiner teuren Eltern

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153703_0164

Nachdem Cantani im Jahre 1865 den ersten sicher festgestellten und ausführlich beschriebenen Fall von Wanderleber veröffentlicht hatte, sind seitdem 49 neue Beschreibungen dieser Krankheit in der Litteratur erschienen. Die meisten der hierher gehörenden Patienten boten durchaus kein bestimmtes Krankheitsbild dar, sondern es zeigten sich bei ihnen die verschiedensten Schmerzempfindungen im Abdomen und im Kreuze, ferner Zeichen von dyspeptischen Beschwerden, häufig auch Störungen von Seiten der Genitalorgane.

Diese so verschiedenartigen Krankheitserscheinungen erschwerten die Erklärung eines ursächlichen Zusammenhanges; bald wurde das Hauptgewicht auf die Störungen in den Funktionen der Geschlechtssphäre oder des Verdauungstractus gelegt, die andern Beschwerden für secundäre gehalten, bald geschah das Umgekehrte. Immer vermochte man nicht die ganze Erkrankung von einem Gesichtspunkte aus zu erklären und die richtige Auffassung von der Aetiologie des Leidens zu finden. Erst Landau gelang es auf Grund zahlreicher Beobachtungen in dem Hängebauche die Ursache für diese mannigfachen Krankheitserscheinungen, welche die Verdauungs-, Respirations- und Circulations-Organe, sowie das Nervensystem betrafen, zu finden.

Am meisten fiel bei allen hierher gehörenden Patienten ein Tumor in der rechten Seite des Abdomen auf; dieser Umstand und die oft gleichzeitig vorhandenen Störungen im Gebiet der Genitalien veranlassten es bei der jetzt üblichen Einteilung der Medizin, dass die Kranken häufig den Gynäkologen zugewiesen wurden. So erschien auch in in der hiesigen Königl. Frauen-Klinik eine Kranke, deren

Leiden den Anlass zu dieser Abhandlung gegeben hat, mit der Diagnose eines malignen Tumor im Abdomen.

Bei der Untersuchung in Chloroformnarkose zeigte es sich aber, dass der Tumor mit den Genitalien in gar keinem Zusammenhang stand und dass man es mit einer dislocierten Leber zu thun hatte, welche die rechte Seite des Leibes bis zu dem Darmbeine ausfüllte.

Bei der Erhebung der Anamnese ergab sich Folgendes: Frau S. Steueraufsehersfrau aus Raguhn 41 a. n. will nie krank gewesen sein und nur seit einer Reihe von Jahren an einem Druckgefühl in der Magengegend und am häufigen Aufstossen gelitten haben. Ihre jetzige Krankheit hat ganz allmählich begonnen mit Mattigkeit, einem Gefühl von Schwäche und Herzklopfen; fortwährend hatte sie einen schlechten Geschmack im Munde und musste oft aufstossen. Seit 7 Jahren konnte sie kein Corset tragen, weil sie dann Schmerzen empfand, selbst wenn dasselbe lose geschnürt war. Seitdem trug die Patientin eine Leibbinde und oben darüber ein Leibchen. Bei dieser Tracht hörten die Schmerzen auf. Seit 2 Jahren stellten sich lästigere Beschwerden ein; so verursachte ihr das Niesen ziemlich bedeutende Schmerzen, sodass sie es möglichst zu unterdrücken suchte; sie glaubte dabei im Leibe ein Geräusch, das sie mit „Knistern und Knacken“ verglich, zu vernehmen. Gleichzeitig stellte sich ein geringer Grad von Dyspnoe und Schmerzen bei jeder tieferen Inspiration ein. Auffallend war ihr ein lästiges und sehr häufiges Aufstossen, an welchem sie zwar schon seit längerer Zeit, aber nicht in so hohem Grade gelitten hatte.

Im Frühjahr 1887 stellten sich beim Wäscheaufhängen plötzlich so heftige, nicht genau lokalisierte Schmerzen im Leibe ein, dass sie sich hinlegen musste. Bei der Bettruhe liessen dann die Schmerzen nach. Von jetzt erfuhren alle bis dahin vorhandenen Beschwerden und Krankheitserscheinungen eine Verschlimmerung. Im November 1887 bemerkte sie eine harte Anschwellung in der rechten Seite

des Leibes, die bei ihr zwar keine Schmerzen, aber ein unangenehmes, drückendes Gefühl hervorrief. Diese Beschwerden blieben jedoch nicht konstant, sondern schwanden von Zeit zu Zeit. Gleichzeitig mit dem Bestehen der Geschwulst stellten sich im Gesicht und auf den Händen hellbraune Flecken ein, welche allmählich sich stärker ausprägten. Eine allgemeine ikterische Färbung der Haut aber hat nie bestanden.

Schon seit 2 Jahren, namentlich aber jetzt konnte sie alle fetten Speisen nicht vertragen, weil danach Brennen im Magen und heftiges Aufstossen eintrat. Der Stuhlgang blieb dabei ganz regelmässig, war nie angehalten und nie thonfarben. Ganz plötzlich entstand von nun an bisweilen Meteorismus und ein sehr lästiges Gefühl von Vollsein, wobei die Geschwulst in der rechten Seite des Leibes stets mehr Beschwerden machte. Diese Beklemmungen waren sehr unangenehm und von Herz-Drücken und -Klopfen begleitet. So plötzlich, wie diese Beschwerden gekommen waren, so rasch verschwanden sie und zwar dadurch, dass in Absätzen von 5—6 Malen das früher so lästige Aufstossen eintrat; nie aber gingen dabei gleichzeitig auch Blähungen ab, obgleich das Gefühl, als ob welche erfolgen müssten, stets hierbei vorhanden war. Darauf machten die Beklemmungen einem erträglichen Wohlsein Platz. Diese Erscheinungen traten oft ohne nachweisbare Ursache auf, regelmässig jedoch nach dem Genuss von fetten oder schwer verdaulichen Speisen. Die Athembeschwerden waren gegen früher noch schlimmer geworden; sie konnte nur oberflächlich athmen, denn jede tiefere Inspiration war von stechenden Schmerzen, namentlich an einer ganz circumscripten Stelle der linea alba oberhalb des Nabels begleitet. Besonders schmerzhafte Empfindungen traten hier beim Niesen und Husten, ja selbst beim Gähnen ein. An manchen Tagen bestanden Schmerzen an jener oben bezeichneten Stelle nur mit Unterbrechungen von einigen Stunden selbst ohne die angegebenen Ursachen, sodass die

Kranke nur ganz oberflächlich zu athmen pflegte, weil hierbei ihre Schmerzen am geringsten waren.

Im Mai 1888 stellte sich jedes Mal bei anstrengender Arbeit, sowie nach anhaltendem Stehen oder Gehen „Stechen im Kreuze“ ein, welches nach dem Magen und der Nabelgegend zu ausstrahlte. Bisweilen war dasselbe so heftig, dass sie vor Schmerzen aufschreien musste, oder sich hochgradige Dyspnoe einstellte. Gewöhnlich trat das Stechen ganz plötzlich und blitzartig ein, war nach circa 3—4 Minuten, wenn sich die Kranke ganz ruhig hinsetzte, verschwunden und machte einem vollkommenen Wohlbefinden Platz. Besonders betonte hierbei die Patientin, dass sie sich beim Eintreten solcher Anfälle in sitzender Stellung wohler, als in liegender fühle, namentlich wenn sie mit der Hand gegen die Geschwulstgegend drückte. Im Sommer stellten sich auch ohne äusseren Anlass, besonders häufig und regelmässig aber nach jeder anstrengenden Arbeit Schmerzen im Kreuze ein. Hauptsächlich aber wollte die Kranke dieselben beim Arbeiten mit der rechten Hand bemerkt haben, während sie mit der linken schwere Arbeiten verrichten konnte, ohne dass Schmerzen eintraten. Seit dieser Zeit besteht ein stetes Drängen nach unten, welches sich namentlich des Abends, wenn die Patientin zu Bett gegangen war, bemerklich machte, sodass von ihr ein beginnender Vorfall vermutet wurde, und sie das Gefühl hatte „als ob sie ein Kind gebären wollte. Bei der Bettruhe fühlte sich die Kranke bis zum Mai 1888 in der Rückenlage am meisten wohl und empfand dabei gar keine Schmerzen. Seitdem wurde die linke Seitenlage am besten vertragen, während die rechte stets Beschwerden und stechende Schmerzen hervorrief, namentlich an jener circumscripten, oben erwähnten Stelle, welche bereits seit 2 Jahren besteht. Die Schmerzen strahlten dann von hier nach dem Tumor hin aus.

Die Geschwulst war keineswegs fixiert, sondern befand sich beim Stehen tiefer, als beim Liegen nach der ausdrück-

lichen Erklärung der Patientin. Bei der Bettruhe sollen auch keine Druckempfindlichkeit oder Drängen nach unten bestanden haben. Nur beim Umdrehen aus der Rücken- in die Seiten-Lage stellten sich Schmerzen links im Leibe ein. In der Milzgegend sollen auch sonst bisweilen heftige, stechende, plötzlich auftretende Schmerzen vorhanden gewesen sein. Seit den letzten 2 Jahren ist die Kranke bedeutend elender geworden und hat an Gewicht abgenommen; sie fühlte sich matt und zur Arbeit unlustig. Auch klagte sie darüber, dass sie stets missgestimmt und viel reizbarer und empfindlicher, wie früher wäre.

Von Seiten des Urogenitaltraktus bestanden auch krankhafte Erscheinungen seit Eintritt der Abdominalgeschwulst; so sollte mehr Urin, wie sonst gelassen werden und häufiger Harndrang bestehen. Der Urin war dunkler, als sonst und enthielt bei der Aufnahme in die Klinik Eiweiss.

Ueber die Menstruation wäre noch zu erwähnen, dass dieselbe mit dem 16. Jahre eingetreten und stets regelmässig und typisch gewesen ist; nur im Sommer 1888 trat insofern eine Störung ein, als hier während des ganzen Monats Juni Blutungen bestanden. Bei ihren vier Entbindungen hatte sie nie ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen nötig, auch war das Wochenbett durchaus normal. Die letzte Entbindung war vor 13 Jahren. Irgend welche Krankheiten traten im Anschluss an das Puerperium nicht ein, und nie will die Frau eine auffallende Schlaffheit ihrer Bauchdecken bemerkt haben.

Bei der bisherigen Therapie wurde zunächst Rücksicht auf die Störungen der Verdauungsorgane genommen und ausser medikamentösen Verordnungen empfohlen, öfters, aber nie zu viel zu essen; fette Speisen sollten möglichst gemieden werden.

Ausserdem wurde eine Flanellbinde getragen, welche nach der Angabe der Patientin den Druck im Leibe verringerte und in ihr das Gefühl hervorrief, dass der Leib fester wäre.

Status praesens vom 14. Juni 1888.

Die Frau ist unter Mittelgrösse, schlecht genährt und wiegt 43,75 Kilo. Die Muskulatur ist schlaff und wenig entwickelt. Die Haut ist welk und zeigt an den oben bezeichneten Stellen eine Gelbfärbung mit stärker pigmentierten, bräunlichen Flecken. Das Unterhautzellgewebe ist fettarm. In aufrechter Stellung sieht man in der rechten Bauchgegend vom Rippenbogen bis hinab zu den Darmbeinen eine geringe Vorwölbung, welche beim Liegen etwas geringer, aber immerhin deutlich sichtbar ist. Das Abdomen präsentiert sich durchaus nicht als Hängebauch, jedoch erscheinen die Bauchdecken bei der geringen Muskel- und Fett-Entwickelung etwas schlaff. An den Beinen zeigen sich keine Varicen, noch ist sonst wo ein Zeichen einer behinderten Blutcirculation äusserlich zu entdecken. Die linke Lunge reicht in der Parasternallinie bis an den unteren Rand der fünften, in der Axillarlinie bis an die siebente Rippe. Die hinteren Lungengrenzen und die ganze rechte Lunge zeigen normale Verhältnisse. Das Athemgeräusch ist beiderseits exquisit vesikulär, nirgend eine Andeutung von Emphysem zu erkennen, das Exspirium nicht verlängert. Das Herz zeigt seine normalen Grenzen; auffallend ist nur die Stärke der Herztöne. Bei der Palpation des Abdomen, die in der Chloroformnarkose und bei den etwas schlaffen Bauchdecken eine ziemlich ausgiebige ist, kann man einen Tumor fühlen, welcher sich von dem Rippenbogen bis in das grosse Becken hinein erstreckt. Derselbe hat eine glatte Oberfläche und zeigt eine etwas feste Consistenz. Auf der rechten Seite erscheint er abgerundet und geht in die Tiefe des Abdomen, sodass er nicht vollkommen zu umgreifen ist. Nach links zeigt er einen ziemlich scharfen Rand, der ungefähr in der Mitte eine Einbuchtung hat, sodass der Tumor auf dieser Seite sanduhrförmig erscheint. Die Gallenblase lässt sich nicht durchfühlen. Der Tumor ist äusserst beweglich und kann nach rechts und nach oben bequem verschoben, sogar vollkommen in die normale

Leberlage zurückgebracht werden. Nach links ist er weniger gut zu dislocieren und nur wenig über die linea alba hinaus zu verschieben, nach unten so gut, wie garnicht. Die Richtung des Tumor ist eine ziemlich senkrechte und beträgt seine Länge von dem unteren Rande der fünften Rippe bis in das grosse Becken hinein (Bandmasse) 27,5 cm Die linea alba erreicht er mit Ausnahme einer Stelle unterhalb des Nabels, wo er seine grösste Breite, etwa 17 cm hat, nicht, sondern nähert sich derselben nur bis zu 2 oder 3 cm. In der Höhe des Nabels ist er fast 3 cm von demselben entfernt und reicht 18 cm nach rechts hinüber. Die Entfernung der spina ant. sup. vom Nabel ist rechts grösser, wie links, hier beträgt sie 17,5 cm, dort 20 cm. Der grösste Leibesumfang beläuft sich auf 80 cm.

Etwa 11 cm oberhalb des Nabels befindet sich eine etwa Zehnpfennigstück grosse, selbst bei geringem Druck schmerzhafte Stelle. Der Tumor an sich ist auf Druck nicht empfindlich, sondern es stellen sich nur bei Dislokationen nach links und bei Drehungen um seine Längsaxe Schmerzen ein. Nach oben zu, unterhalb des Rippenbogens, kann man den Tumor noch weiter verfolgen, jedoch nur von der rechten Seite, wenn man keine Schmerzen hervorrufen will. Der Palpation entsprechen die Befunde der Perkussion. Es geht nämlich der volle Lungenschall ohne scharfe Grenze in einen tympanitischen über: am deutlichsten lässt sich dies Verhalten bei linker Seitenlage in der Axillarlinie nachweisen. In der Mammillarlinie zeigt sich schon über dem Rippenbogen etwas gedämpfter Schall, etwa von der sechsten Rippe ab, welcher sich alsbald völlig gedämpft nach unten zu über den ganzen Tumor fortsetzt, bis in das grosse Becken hinein. Nach rechts hin setzt sich der gedämpfte Schall fast bis in die verlängerte Axillarlinie fort, links reicht er bis 2 cm an die linea alba heran; nur unterhalb des Nabels überschreitet er dieselbe etwas. In seiner Hauptmasse liegt sonach der Tumor mit seiner Längsaxe ziemlich senkrecht im Abdomen

zwischen der linea alba und der Axillarlinie. Im übrigen bietet das Abdomen für die Palpation und Perkussion durchaus normale Verhältnisse. Der Uterus hat seine normale Lage und Grösse, die Ovarien zeigen nichts abnormes. Ein Zusammenhang der Geschwulst mit den Genitalien ist in keiner Weise vorhanden.

Vor der Entlassung wurde der Versuch gemacht, den Tumor durch langsames Zurückschieben unter Druck nach oben und etwas nach links in seine normale Lage zu bringen. Dies gelang jedoch nicht vollkommen und es blieb der Leberrand noch einige cm unter den Rippenbogen zurück. Ob oberhalb desselben noch eine tympanitische Zone bestand, vermag ich nicht anzugeben. Darauf wurde eine Flanellbinde um den Leib gelegt, um die Leber möglichst in dieser Stellung fixiert zu halten.

Zehn Monate später untersuchte ich die Frau wieder und fand, dass verschiedene Krankheitserscheinungen geschwunden waren, von denen man füglich anzunehmen hat, dass sie nur accessorische waren, oder den Beginn der Krankheit einleiteten. Andere Symptome sind geblieben, und auf diese wäre denn ein besonderes Gewicht zu legen. Aus diesen Gründen halte ich es für berechtigt, den diesmaligen Befund bei der Patientin genauer anzugeben.

Im allgemeinen befindet sich jetzt Frau S. wohler, wie vor der Aufnahme in die Klinik; sie hat an Gewicht nicht unbedeutend zugenommen und wiegt jetzt 52 Kilo gegen früher 43,75 Kilo. Doch ist dabei ein jetzt vorhandener, aber nicht beträchtlicher Ascites zu berücksichtigen. Ihre Hautfarbe sieht entschieden frischer aus, und hat sich die damals auffällige Gelbfärbung bedeutend gemindert. Die Menses treten regelmässig ein und sind normal.

Geschwunden sind zunächst die Schmerzen, welche sich bei Hustenstössen, Niesen und tiefem Athemholen einstellen: nur hat die Kranke dabei das Gefühl, namentlich beim Husten und Niesen, als wolle die Geschwulst noch

tiefer steigen und „herausfallen“: Ebenso fehlt die oben beschriebene circumscripte Schmerzstelle oberhalb des Nabels, und sind Schmerzen nur in den abhängigen Partien des Tumor auf Druck vorhanden.

Nicht verändert haben sich die Krankheitserscheinungen im Gebiet des Digestionstraktus. Fette Speisen werden noch immer nicht vertragen, und treten danach die oben erwähnten Beschwerden auf. Auch kann nie viel auf einmal genossen werden, sondern nur öfters und wenig, wenn das Wohlbefinden nicht gestört werden soll. Werden schwer verdauliche Speisen genossen, so stellt sich bald Meteorismus ein und ein sehr heftiges Aufstossen, wonach dann Besserung eintritt. Aber auch ohne diese Ursache tritt ziemlich häufig Singultus auf. Am besten wird nach wie vor die Rückenlage vertragen, doch werden jetzt, umgekehrt wie früher, bei rechter Seitenlage keine Schmerzen verspürt, wohl aber bei linker. Beim Umdrehen aus der Rücken- in die Seiten-Lage stellen sich auch jetzt noch schmerzhafte Empfindungen ein.

Bei der Inspektion des Abdomen zeigt sich, dass der Leib gegen früher wesentlich geschwollen und in der Lumbalgegend vorgewölbt ist. In den abhängigen Partien sind deutlich frische Strioc sichtbar, welche auch auf eine Ausdehnung des Abdomen hinweisen. Auch jetzt ist entschieden kein Hängebauch vorhanden, und die Bauchdecken geben wegen der Inhaltsvermehrung des Leibes dem Drucke der Hand noch schlechter wie früher nach. Man sieht auch keine Vorwölbung auf der rechten Seite mehr, wohl aber fühlt man deutlich die Leber zwischen Rippenbogen und den Darmbeinen auf dieser Seite deutlich durch. Ihre Lage ist im ganzen dieselbe geblieben, nur scheint es, als ob sie gegen früher ein wenig nach rechts von der linea alba abgewichen ist; vorher näherte sie sich ihr bis auf 2—3 cm, jetzt nur bis auf 4,5 cm. In der Nabelhöhe erreicht der Tumor eine Breite von 19 cm. Infolge des Ascites hat sich der grösste Leibesumfang nicht unbedeutend vergrössert,

während er früher 80 cm betrug, macht er jetzt 93 cm aus. Die Entfernung von den spinae il. ant. sup. nach dem Nabel sind ebenfalls grösser, aber in ihrem Verhältnis zu einander ziemlich gleich geblieben.

Früher rechts 20 cm, links 17,5 cm,
jetzt „ 25 „ „ 23 „ .

Diese Angaben beziehen sich auf Bandmasse.

Der Ascites erscheint in einer nach oben concaven Linie, welche von der Symphyse 8 cm, vom Nabel in transversaler Richtung 7,5 cm entfernt ist. Doch gilt dies nur für die links vom Tumor liegende Seite. Auf der rechten Seite habe ich Ascites überhaupt nicht nachweisen können; während links bei Lagewechsel sich eine Aenderung im Flüssigkeitsspiegel durch die Perkussion deutlich konstatieren liess, schien mir auf der anderen Seite stets tympanitischer Schall vorhanden zu sein. Dass diese Erscheinung durch Adhäsionen vom Darm und Leber mit der Bauchwand veranlasst sein könnte, erschien durchaus nicht unwahrscheinlich, da die Leber sich jetzt nur wenig nach links verschieben liess, bis an die linea alba hinan, und dabei ziemlich heftige Schmerzen hervorgerufen wurden. Ebensowenig konnte man die Leber in ihre normale Lage zurückbringen und zwar aus denselben Gründen. Die Beweglichkeit der Leber war also gegen früher wesentlich beschränkt, doch sinkt sie ebenso wie früher beim Stehen tiefer, als dies beim Liegen der Fall ist.

Die Perkussion an den Lungen ergab dieselben Resultate, wie bei der ersten Untersuchung: besonders ist noch zu erwähnen, dass auch jetzt Emphysem nirgends nachzuweisen und das Athemgeräusch nach wie vor vesikulär war. Auch waren die Grenzen zwischen Lunge und Leber ziemlich dieselben geblieben.

Gerade so wie früher wird jetzt über Schmerzen geklagt, welche im Kreuze beginnen und dann nach beiden Seiten um den Leib herum ausstrahlen. Dieselben zwingen die Patientin, schneller und oberflächlicher zu athmen,

worauf dann die Schmerzen von selbst schwinden. Diese Anfälle treten nach längerem Stehen und Gehen, sowie auch bei der Arbeit auf. Schwerere Arbeiten können überhaupt nicht mehr ausgeführt werden.

Gesteigert hat sich gegen früher namentlich die Kurzathmigkeit, welche sofort beim Treppensteigen oder nach längerem Gehen eintritt. Doch hängt dieselbe gewiss auch von dem Ascites ab und steht nicht vollkommen im direkten Zusammenhang mit dem Hauptleiden. Abgesehen von dem Ascites bestehen keine weiteren Zeichen eines gestörten Kreislaufes: Varicen sind auch jetzt nicht vorhanden. Nur wird noch immer über häufiges Herzklopfen geklagt, das nach den geringfügigsten Ursachen eintritt und wohl auf Rechnung der allgemeinen Nervosität bei der Patientin zu setzen ist. Von Seiten der übrigen Organe wäre noch ein geringer descensus uteri zu erwähnen. Der mit dem Catheter entnommene Urin ist klar und enthält kein Eiweiss. Es betseht noch derselbe Drang zum häufigen Urin lassen, wie früher.

Symptome der Wander-Leber.

Im ganzen herrscht eine gewisse Übereinstimmung bezüglich der diagnostischen Momente des vorliegenden Falles mit den anderen Beobachtungen. Es ist in unserem Falle ein bewglicher, den Formen der Leber entsprechender Tumor in der rechten Seite vorhanden, die Lebergegend frei und ein unmittelbarer Übergang des Lungenschalles in den Darmton nachweisbar. Diese Forderungen sind auch in den Fällen, welche einen Anspruch auf eine richtige Diagnosenstellung machen können, erfüllt.

Schon Cantani beschreibt, wie sich bei der Untersuchung seiner Kranken auf der rechten Seite der helle nicht tympanitische Schall der Lungen unmittelbar dem hellen

tympanitischen der Därme anschloss. In keiner Lage der Kranken war in der Lebergegend von diesem Organe etwas zu fühlen oder zu perkutiren. Dagegen fand sich unterhalb des Nabels gegen die rechte Inguinalgegend zu eine grosse flache, mässig resistente Geschwulst vom dumpfen, aber scharf begrenzten, nach unten zu allmählich tympanitisch werdenden Schall. Die Beweglichkeit konstatierte er mit den Angaben seiner Patientin, nach welchen sie eine feste Geschwulst unter dem Nabel bemerkt haben will, welche so wanderte, dass sie bei jeder Körperstellung den tiefsten Teil des Leibes einnahm. Dann erfolgte auch bei seiner Untersuchung eine Dislokation des fraglichen Körpers beim Wechsel der Lage der Kranken von einer rechts oben an der Thoraxbasis gelegenen Axe aus. Die Leber selbst war so beweglich, dass im Liegen mit erhöhtem Becken die Reposition derselben gelang und hierdurch die Diagnose gesichert wurde.

Piatelli erwähnt noch in seinem Falle, dass der Tumor sich bei der Respiration auf und ab bewegte und am leichtesten von unten nach oben verschoben werden konnte, worin er ziemlich wesentlich von allen anderen Beobachtungen abweicht, welche die Bewegung nach rechts und oben für die ausgiebigste erklären. Sie konnte von links nach rechts und oben soweit verschoben werden, dass ihr oberer Rand dicht unter dem Rippenbogen stand. Die Reposition gelang also nur unvollständig, sodass noch immer eine tympanitische Zone zwischen Lungen- und Leberschall blieb.

Winkler zeigt in seiner Beschreibung, ein wie grosses Gewicht auf eine genaue Bestimmung der Form des Tumor zu legen ist. Bei den äusserst dünnen und schlaffen Bauchdecken gelang dieser Nachweis leicht, so dass der Befund sofort ein prägnanter war. Auch gelang es dem betreffenden Autor, einen grossen Teil der unteren Leberfläche zu betasten, sodass er die verschiedenen Furchen des Organs deutlich erkennen konnte, weniger

genau die Gallenblase, welche ebenso ein Darmstück sein konnte. Auch der untere Rand erinnerte sofort an die Conturen der Leber. Die Beweglichkeit war auch hier sehr bedeutend nach links und nach oben, sodass die Leber vollständig reponiert werden konnte.

Ein grosses Gewicht legt auch Meissner in seiner Abhandlung über die wandernde Leber auf die Form des Tumor. Er erwähnt hier ausdrücklich, dass sich in der Mitte des Bauches eine durch Palpation und Perkussion scharf begrenzte, feste Geschwulst erkennen liess, welche durch die charakteristische Configuration der gewölbten oberen Fläche, den scharfen unteren Rand mit der incisura interlob. sofort sicher als die dislocierte Leber von übrigens normaler Grösse und Beschaffenheit um so mehr sicher diagnosticiert werden konnte, als die normale Lebergegend bei der Perkussion hell tympanitischen Darmton gab. Auch hier war eine grosse Beweglichkeit vorhanden, denn einmal gelang die Reposition leicht und vollständig und andererseits sank schon bei leichter Erhebung des Oberkörpers die Leber wieder nach unten zurück. In unserem Falle prägte sich auch namentlich der scharfe Rand so deutlich aus, dass dieser Umstand zunächst auf die Diagnose hinwies und sie dann noch bestärkt wurde, als man die Incisur fühlte.

Über die Formen des fraglichen Tumor und seine Lage im Verhältnis zur Lunge, soweit dies perkutorisch nachweisbar ist, giebt Barbarotta leider keine näheren Angaben. Dagegen erwähnt er ausdrücklich die grosse Beweglichkeit der Leber, die sich bei den verschiedenen Körperstellungen der Kranken änderte. Auch in diesem Falle gelang es wiederholt, die Leber in ihre normale Lage emporzudrücken.

Auch Leopold sucht die Gestalt des Tumor genau zu bestimmen und gewann allein schon aus der Palpation den Eindruck, dass es sich um die dislocierte Leber handeln müsse. Er glaubte sogar durch die schlaffen, atrophischen Bauchdecken nach unten und hinten von der vermutlichen incis. interlob. deutlich eine kleine Anschwellung durch-

zufühlen, welche an die Gallenblase erinnerte. Ebenso zurückhaltend spricht sich auch Winkler über die Palpation dieses Organs aus: „weniger deutlich, sagte er, konnte man die Gallenblase erkennen, die ebenso gut ein Darmstück sein konnte, denn man fühlte an dieser Stelle eine Art von Gleiten schlüpfriger Membranen in der Weise, wie sich leere Darmschlingen neben und hinter dem Uterus bei combinierter Untersuchung anzufühlen pflegen.“ Auch die andern Voraussetzungen, welche die Diagnose einer Wanderleber verlangt, bot im Leopoldschen Falle die Perkussion. Die Beweglichkeit war ebenfalls eine sehr grosse, sodass die Leber in ihre normale Lage gebracht werden konnte: bei der Reposition ergab sich, dass die Leber fester in der Gegend der Wirbelsäule mit ihrer Basis verbunden war, als in der rechten Zwerchfellswölbung.

Sutugin beschreibt die bisher berührten diagnostischen Merkmale der Wanderleber in gleicher Weise, nur will er noch ganz deutlich vom rechten Hypochondrium zur Mitte der Geschwulst ziehend ein Band durchgefühlt haben, das er für das lig. suspens. hepat. erklärt; Winkler fühlte dasselbe, wenn er mit der Hand zwischen Rippenbogen und Tumor eindrang und zwar als scharf gespannte, dünne Platte.

Bezüglich der Lage des Tumor ist noch zu erwähnen, dass er in allen Fällen auf der rechten Seite des Abdomen sich befand und sich von der Axillarlinie bis nahe an die linea alba hinan erstreckte. Wie wichtig die Berücksichtigung dieser bisher erwähnten Cardinalsymptome ist, zeigt der Fall von P. Müller. Es ging auch hier rechterseits der Lungenschall in den tympanitischen Darmton über: auch hier war ein Tumor im oberen Bauchraum vorhanden. Derselbe zog von der rechten Mammillarlinie nach der linea alba zu, hatte einen ziemlich scharfen Rand gegen den Nabel und liess weiter nach links hin einen Einschnitt erkennen. Da hierbei der Verfasser nichts von der Reponibilität erwähnt, und man auch nicht den Eindruck

gewinnen kann, dass die Geschwulst die Form der Leber hatte, so fehlen hier 2 der angegebenen Cardinalsymptome für die Wanderleber. Die Sektion ergab denn auch, dass man es in dem vorliegenden Falle mit etwas ganz anderem zu thun hatte, nämlich mit einem Netztumor. In den meisten übrigen Beschreibungen über Wanderleber ist denn auch eine genaue Rücksicht auf diese drei Hauptsymptome genommen, von denen eine möglichst grosse Übereinstimmung der Form des Tumor mit den Conturen der Leber für das praktisch am wichtigste anzusehen ist, wenngleich berücksichtigt werden muss, dass die Form und Grösse des Organs oft individuell verschieden und pathologischen Veränderungen ausgesetzt sind. Das Fehlen der Leberdämpfung an der normalen Stelle und ein hier vorhandener tympanitischer Schall kann durch eine Reihe von Ursachen hervorgerufen werden, ohne dass die Leber dislociert ist, wie dies z. B. bei Schrumpfung des Organs, oder Drehung um die transversale Axe, ferner hochgradigem Meteorismus und Zwischenlagerung von Darmschlingen eintreten kann. Kaum denkbar aber ist es, dass ein Tumor so viel Ähnlichkeit mit den so charakteristischen und prägnanten Conturen der Leber hätte, dass es in Frage kommen könnte, womit man es zu thun hat.

Weniger charakteristisch sind die Erscheinungen von Seiten des Abdominaltraktus, weil sie auch bei anderen Krankheiten vorkommen. Es handelt sich hier meist um Stenosierungen von einzelnen Teilen des Darmkanals und den Ausführungsgängen der Anhangsdrüsen desselben, wie sie die dislocierte Leber durch kürzer oder länger dauernde Abknickung und Zerrung an diesen Organen hervorruft. Namentlich kommen hier solche Stellen der Eingeweide in Frage, an denen sich bewegliche Partien an fixierte anschliessen, wie z. B. der Pylorus des Magens, ferner das Duodenum und sein Übergangsstück in das Jejunum und die Stelle, an der das Ileum sich zum fixierten Colon erweitert. Findet sich z. B. eine Stenosierung im Gebiete

des Duodenum, oder der benachbarten Partien so stellt, sich bald durch die behinderte Passage der Speisen eine Dilatation des Magens mit ihren lästigen Folgen ein. So hatten viele der hierher gehörenden Kranken oft einen schlechten Geschmack im Munde und klagten über häufigen oder beständigen Druck in der Magengegend. Namentlich litten sie an einem sehr lästigen Aufstossen, wonach sie sich, wie auch meine Patientin, relativ wohler fühlten. In einzelnen Fällen stellte sich auch Erbrechen ein, doch war dies verhältnismässig selten. So hat Leopold's Kranke öfter an Schmerzen in der Magengegend gelitten, die von Winkler an Aufstossen und Übelkeit, verbunden mit kalten Schweissausbrüchen. Bei Cancato's Patientin trat häufig das Gefühl von Spannung im Epigastrium, besonders nach reichlichem Essen auf, wogegen sich die Kranke dadurch zu schützen suchte, dass sie immer nur wenig, aber öfters Speisen genoss. Die Magenbeschwerden wurden sofort stärker, wenn sie diese letztere Vorsicht ausser Acht liess: in solchen Fällen stellte sich alsbald zunächst ein fades Aufstossen, dann auch Erbrechen ein. Auch Kisbert erwähnt dieses Symptom des Aufstossens. Auffallend ist bei meiner Patientin, dass sie schon 2 Jahre vor Eintritt ihres eigentlichen Leidens, namentlich aber seit dieser Zeit, nie fette Speisen vertragen konnte, weil danach Brennen im Magen und ein heftiger Singultus eintrat. Der Stuhlgang blieb dabei stets regelmässig, war nie angehalten oder thonfarben. Alle diese Symptome bestehen auch jetzt noch. Wie weit dieselben auf einer Abknickung des ductus choled. beruhen, werde ich später erwähnen. Ebenso klagen fast alle hierher gehörenden Kranken über das Gefühl von Druck und Völle im Leibe, sowie über Meteorismus. Der letztere tritt oft ganz plötzlich auf, um auch ebenso schnell wieder zu verschwinden. Bei dieser Erscheinung wirken verschiedene Ursachen mit. Ist der Meteorismus ein mehr anhaltender, so liegt das in vielen Fällen an der verringerten Spannung

und der geschwächten Contraktionskraft der Bauchmuskeln, tritt derselbe dagegen rasch auf und verschwindet auch schnell, so wird er höchstwarscheinlich durch die erwähnten Stenosierungen veranlasst. Erfahrungsgewäss treten solche Stenosierungen namentlich bei gleichzeitig bestehender Obstipation an dem linken Ende des Colon transversum oder an der flex. coli sin. ein, wie die hier nachweisbare und auf Abführmittel weichende Dämpfung beweist. Schon oben habe ich darauf hingewiesen, dass die meisten dieser Verdauungsstörungen nur vorübergehender Natur sind, abgesehen von jenem Meteorismus bei schlaffen Bauchdecken. Gleichwohl aber wirken sie durch ihr häufiges Auftreten und die damit verbundenen Störungen der Verdauung schädlich, sodass viele dieser Kranken ziemlich elend aussehen; so war bei meiner Patientin der Ernährungszustand so herabgesetzt, dass sie bei ihrer Aufnahme in die Klinik nur ein Gewicht von 43,75 Kilo hatte. Die Schädlichkeit dieser Verdauungsstörungen liegt, abgesehen von ihrem häufigen Auftreten, gerade auch darin, dass dieselben sich kurz nach der Nahrungsaufnahme einzustellen pflegen, gerade wenn der Verdauungsprozess vor sich zu gehen hat. Nimmt dann die Patientin eine Rückenlage ein, wobei die Leber nicht so an den Aufhängebändern des Darmtractus zerrt und der Hängebauch ausgeglichen wird, dann lösen sich die bestehenden Stenosen und Abknickungen des Darmes. Hieraus resultiert dann das Schwinden der Krankheitserscheinungen bei dieser Lage und das Wohlbefinden nach der Bettruhe. Kurz erwähnt sei noch, dass diese Kranken im erhöhten Maasse an all den erwähnten Störungen bei ungeeigneter Nahrungsaufnahme, namentlich nach reichlichem Genuss von Amylaceen litten. Nach solchen Diätfehlern, aber auch durch die häufige Wiederholung der Verdauungsstörungen pflegt sich allmählich eine chronische Affektion auszubilden, welche durch die veranlassten Destruktionen der Schleimhaut Anlass zu rein nervös-dyspeptischen Zuständen geben und das häufige Gefühl von

Übelsein und die Schmerzen in der Magengegend erklären. Eng mit diesen Erscheinungen ist der bisweilen auftretende Ikterus, respective ein subikterischer Zustand verknüpft. Das Zustandekommen dieser Erscheinung sucht man durch den Druck der verlagerten Leber auf den Gallenausführungsgang zu erklären und es ist dies auch nicht so unwahrscheinlich, wenn man berücksichtigt, dass der Gallenstrom nicht nur still steht, wenn man ihm den Druck einer Wassersäule von nur 200 mm Höhe entgegenwirken lässt, sondern dann umgekehrt Wasser in die Leber eindringt. Noch leichter wird dieser subikterische Zustand durch die oben erwähnten Knickungen des lig. hepato-duoden. veranlasst, wie sie durch die Senkung der Leber hervorgerufen werden können. Dieser Vorgang kann dadurch um so leichter zu stande kommen, dass das lig. hepato-duoden. vermittelst des fest an der Wirbelsäule fixierten Duodenum an dem einen Ende relativ unbeweglich ist. Aber auch durch die chronischen Irritationen der Schleimhaut des Duodenum kann leicht ein Katarrh veranlasst werden, der die Galle im gewissen Grade am Abflusse behindert, und dies genügt wohl zur Entstehung des subikterischen Zustandes. Hierin liegt vielleicht auch die Erklärung, dass meine Patientin keine fetten Speisen ohne Beschwerden geniessen konnte, denn die nur langsam, oder nur zeitweilig abfliessende Galle genügte jedenfalls oft nicht zur Emulgierung derselben. Winkler erwähnt diese Zustände nur kurz mit den Worten „allmählich entwickelte sich auch ein mässiger Ikterus, der etwa vier Wochen anhielt.“ Auch in unserm Falle bestand bei der ersten Aufnahme eine ganz deutliche Gelbfärbung des Teint, die namentlich der Umgebung der Kranken auffiel, später aber entschieden nachgelassen hat. Landau erwähnt in seinem Buche über Wanderleber diese Veränderungen ziemlich ausführlich und erklärt sich den Umstand, dass es beim Hängebauch und der Wanderleber so relativ selten zu Ikterus kommt, dadurch, dass die nicht selten stattfindende Auszerrung

und Abknickung des ductus choled. ebenso, wie die der Därme nur eine temporäre, meist nur auf die Zeit des Verweilens in aufrechter Stellung beschränkt ist. Gleichwohl aber bedinge das häufige Spiel des Verschlusses und der Oeffnung des Gallenganges einen mehr subikterischen Zustand.

Schon von vornherein lag die Vermutung nahe, dass bei dieser Verlagerung der Organe, zumal sie die so blutreiche Leber und die Därme betrifft, nicht unerhebliche Störungen des Circulationsvorganges eintreten müssten. Wie wir schon oben auseinandergesetzt haben, wird durch die Lebersenkung häufig eine Abknickung des lig. hepatoduoden. erzeugt; hierunter muss im gewissen Grade auch der Blutstrom in der Pfortader leiden, doch da dieselbe grösserer Excursionen fähig ist und auch in ihr ein bedeutend grösserer Druck, als in dem Gallengange herrscht, tritt dies weniger in die Erscheinung. Gleichwohl haben eine Anzahl von diesen Kranken an Hydropsie, namentlich an Ascites gelitten. Eine andere Ursache für die gestörte Blutcirculation ist in dem öfter vorhandenen Meteorismus und in der Schlaffheit der Bauchdecken zu suchen. Diese Störungen äussern sich namentlich in dem Auftreten von Varicen in den unteren Extremitäten, von Hämorrhoidalleiden, Gebärmutterblutungen und Füllung der Venen im lig. latum. Im allgemeinen sind die Stauungen des venösen Kreislaufes nicht so hochgradig, doch lassen sie sich wohl ausnahmslos nachweisen. Es fehlten zwar in unserem Falle Varicen und Hämorrhoiden, wohl aber war eine vier Wochen anhaltende Metrorrhagie vorhanden; später aber prägte sich die venöse Stauung als Ascites und, wie ich nachträglich erfahren habe, in Oedemen der unteren Extremität aus.

Die Verbindung der Leber mit dem Zwerchfelle ist teils durch direkte Verwachsung, teils durch umfangreiche Anlagerung eine ziemlich innige, sodass bei einer Dislokation des ersten Organes ein Einfluss auf die darüber liegende Lunge resultieren muss. So machte sich auch bei

fast allen Kranken eine Alteration in der Respiration geltend, welche sich in ziemlich bedeutender Kurzathmigkeit, oft schon nach geringen Anstrengungen, in asthmatischen Beschwerden und Herzklopfen äusserte. Alle diese Erscheinungen waren im hohen Grade bei unserer Kranken auch vorhanden. Gesteigert werden alle diese Störungen noch durch die Complikationen der Wanderleber, nämlich durch den Meteorismus und Ascites, welche beide die Lunge in ihrem Volumen noch verringern müssen, dann durch die Schwäche der Bauchmuskeln, welche als sehr energische Exspiratoren funktionieren können. Vor allem aber machen sich auch die Stauungen in der Blutcirculation des grossen Kreislaufe in den Lungen geltend, weil hierdurch auch der kleine Kreislauf und damit ein ausgiebiger Gasaustauch beeinträchtigt wird.

Oft erzeugt jeder tiefe Athemzug lebhafte Schmerzen im ganzen Epigastrium und zwingt die Kranken, nur oberflächlich und so etwas schneller zu athmen. Ebenso suchen sie das Husten und Gähnen, namentlich aber das Niesen zu unterdrücken, weil sie hierbei lebhafte Schmerzen empfinden.

Von einigen Autoren ist die Beobachtung gemacht worden, dass es bei der Senkung der Leber durch den jetzt von ihr auf die Bänder des Zwerchfells ausgeübten Zug recht häufig zu einem lokalen Emphysem der unteren Lungenpartie komme, indem die Lunge dem von der Leber nach unten gezogenen Zwerchfelle nachfolge. In unserem Falle ist hiervon nicht die geringste Spur vorhanden und die Lunge eher auf ein kleineres Lumen durch den Meteorismus und Ascites eingeengt worden. Für gewöhnlich, und dies ist ja schliesslich auch das Natürlichste, wird an die Stelle der dislocierten Leber der specifisch leichtere Darm eintreten. Hierfür sprechen schon die Befunde der Perkussion, wonach in allen typischen Fällen sich an den Lungenschall in nicht scharfer Grenze der tympanitische Schall der Därme anschliesst. Auch bei Sektionen hat man eine Zwischenlagerung namentlich des Colon transversum zwischen Leber und Zwerchfell gefunden.

Garnicht selten leiden Patientinnen mit Wanderleber, besonders wenn durch häufige Schwangerschaften eine Schlaffheit der Bauchdecken und des Peritoneum sich entwickelt hat, auch an Störungen des Urinabflusses. Hat sich gleichzeitig auch eine Wanderniere gebildet, so treten dann jene von Dietel als Incarcerationserscheinnngen bezeichneten Symptome auf; dieselben bestehen in plötzlich auftretenden Schmerzen, in Frösteln, welches sich fast bis zum Schüttelfrost steigern kann, in Erbrechen und allgemeinen Collapserscheinungen. Entsprechend den Folgen der Darmabknickung und der Gallenstauung bei Wanderleber entstehen diese Symptome durch Abknicken oder Achsendrehung der Harnleiter mit consecutiver Harnstauung und einer akuten Hydronephrose. Ein gleichzeitiges Bestehen von Dislokationen beider Organe ist nur selten und bis jetzt nur viermal beobachtet worden. Man erklärt sich das gleichzeitige Wandern der Niere so, dass dieses Organ den durch die Lebersenkung freigewordenen Raum nun mit ausfüllen hilft. Besteht diese Complikation auch nicht, so können gleichwohl Störungen des Urinabflusses vorkommen, welche ihr Analogon in den durch die Schwangerschaft gesetzten Vorgängen finden. Wie hier der vergrösserte Uterus eine grössere Ausdehnung der Blase hindert und zu häufigem Harndrang Anlass giebt, so scheint dies auch bei der Wanderleber der Fall zu sein, worauf bis jetzt noch nicht die Aufmerksamkeit gelenkt ist. So wird von meiner Patientin geklagt, dass sie viel häufiger, wie sonst Urin lassen müsse, weil sie öfter Harndrang verspüre. Bei der Aufnahme derselben in die Klinik fand sich etwas Eiweiss im Urin, doch jetzt ist dasselbe daraus geschwunden, der häufige Harndrang aber besteht noch fort.

Mannigfach sind die gleichzeitig auftretenden Krankheiten von Seiten der Genitalien. Sie fallen in das grosse Gebiet der Lageveränderungen und der Stauungserscheinungen des Uterus. Die Lageanomalien sind einerseits die Folge der Erschlaffung des Dammes und der Bänder des

Uterus, sowie des Hängebauches an sich, andererseits des Druckes, welchen die Leber auf die Gebärmutter ausübt. Es ist also auf diesem Gebiete der Spielraum der Störungen und Symptome ein ausserordentlich grosser, sodass ich mich darauf beschränken will, ihn nur angedeutet zu haben. Nur das eine will ich noch hervorheben, dass gerade die Senkungen oder Vorfälle des Uterus hierbei besonders häufig sind. Die venöse Stauung in den Geschlechtsorganen kann ebenso eine grosse Reihe von Krankheitserscheinungen hervorrufen. So leidet namentlich die Involution des Uterus und es kommt zu jenem chronischen Infarkt mit seinen lästigen und schmerzhaften Folgen. Ebenso entstehen nicht selten Endometritiden, welche, wie in unserem Falle, zu anhaltenden Blutungen Anlass geben. Der ganze zu den Beckenorganen gehörende bindegewebige Apparat ist von erweiterten Venen durchzogen und es bildet sich unter diesen Congestionen eine Hyperplasie desselben aus, während die Hyperämie an sich in diesen nervenreichen Organen dumpfe und nicht bestimmt lokalisierte Schmerzensempfindungen im Unterleibe veranlasst.

In anderen Fällen wieder fehlen Störungen auf diesem Gebiete vollkommen, besonders bei den Frauen, welche ihr Geschlechtsleben schon abgeschlossen haben. So berichtet Kisbert, dass in seinem Falle der Gebärmutterkörper klein, der Cervix vergrössert, die Ovarien kaum fühlbar und sehr klein, der Uterus schief stehend, leicht beweglich und der Bandapparat schlaff war. Ebenso traf dies im Leopold'schen Falle zu, wo eben bei einer 54jährigen Frau die Geschlechtsorgane keine hyperämischen Erscheinungen darboten, sondern nur eine geringe Verlagerung nach hinten zeigten.

Es muss schliesslich noch das grosse Gebiet von den Symptomen, welche sich auf das Nervensystem erstrecken, berücksichtigt werden. Zum Teil sind dieselben schon berührt, insofern sie sich an bestimmte Organe anschlossen; ausserdem gehört aber hierher noch eine Reihe von nicht leicht

ursächlich zu erklärenden Schmerzempfindungen und die psychischen Alterationen, welche das Bewusstsein, an einer Wanderleber zu leiden, hervorruft.

Strümpel schildert diese Zustände bei der Beschreibung der klinischen Zustände der Wander-Niere; nach ihm findet man ziemlich häufig bei Frauen mit diesem Leiden „eine Reihe allgemein nervöser, hysterischer Beschwerden, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, psychische Reizbarkeit, Parästhesien und dergl. Es ist oft nicht leicht zu entscheiden, ob diese von der Wanderleber abhängen, oder derselben nur coordiniert sind. Häufig sind sie jedenfalls erst infolge der psychischen Alteration entstanden, denn die blosse Vorstellung, eine „wandernde Niere" zu besitzen, kann für nervös disponierte Frauen schon hinreichend sein, ein Heer von subjektiven Empfindungen hervorzurufen."

Was in diesem Falle von einer Wander-Niere gilt, lässt sich gewiss auch auf eine Wander-Leber übertragen, wie überhaupt beide Krankheiten zahlreiche Symptome gemein haben. Schon Cantani erwähnt von seiner Patientin, dass sie die Furcht, an einer schweren Krankheit zu leiden, hysterisch und melancholisch gemacht hatte. Doch sie genas später davon, sobald man sie über die Natur und Gutartigkeit des Leidens aufmerksam gemacht hatte. Auch bei unserer Kranken zeigen sich ähnliche Erscheinungen: sie fühlte sich stets matt, sowie unlustig zur Arbeit und klagte darüber, stets missgestimmt zu sein; auch wäre sie viel empfindlicher und reizbarer wie früher. Das häufige Beschäftigen mit ihrem Leiden und die Annahme, dass es sich um „etwas sicher gefährliches" handele, hatte bei ihr hypochondrische Verstimmungen hervorgerufen.

Die meisten Kranken fühlen ganz deutlich den Tumor in ihrem Leibe und klagen über Völle, Härte und Druck in demselben, wobei sie oft das unangenehme Gefühl haben, als ob die Geschwulst noch tiefer steigen und herausfallen wolle.

Neben diesen mehr beständigen nervösen Krankheitserscheinungen sind periodisch wiederkehrende, oft äusserst heftige Schmerzen vorhanden. Dieselben machen sich namentlich beim Stehen, längeren Gehen oder nach anstrengender Arbeit geltend, weil hierbei die Leber noch stärker an ihren Aufhängebändern zerrt und zu Stenosierungen des Intestinaltraktus Veranlassung giebt. So klagte Barbarotta's Kranke über fortwährendes Ziehen in der rechten Seite, welches sich bis zur Schulter und zum Halse erstreckte, und die von Chvostek litt beständig an gastralgischen Beschwerden. In Winkler's Falle veranlasste das Heben einer schweren Last nicht nur stechende Schmerzen im rechten Hypochondrium, welche bei der linken Seitenlage am heftigsten waren: bei Leoopold's Patientin vermehrten sich die Schmerzen in der rechten Weiche und in der Magengegend, als der Tumor in der rechten Abdominalgegend grösser wurde. Die Schmerzen werden meistens im rechten Hypochondrium empfunden, oft auch in der Magengegend, wo häufig eine lange bestehende, schmerzhafte Stelle sich befindet. In anderen Fällen werden Schmerzen im Kreuz angegeben, welche von dort beiderseits um den Leib herum ausstrahlen. Das charakteristische ist bei fast allen Fällen, dass die Schmerzen plötzlich, oft blitzartig auftreten und dann ebenso schnell verschwinden, besonders wenn die Patienten sich setzen und den Leib mit der Hand stützen. Nur in wenigen Fällen sind derartige Sensationen nicht beobachtet worden, wie dies z. B. bei Cantani's Kranken der Fall war.

Einen auffallenden Einfluss auf die Schmerzempfindungen, soweit sie durch Wanderleber direkt hervorgerufen werden, übt die Körperlage aus. Liegen die Kranken ruhig auf dem Rücken, so befinden sie sich gewöhnlich ganz wohl, besonders aber in rechter Seitenlage, die linke dagegen können die meisten nicht vertragen: so erwähnt Landau, dass nach seinen zahlreichen Beobachtungen, abgesehen von ganz seltenen Fällen, Personen

mit schlaffen Bauchdecken, besonders aber wenn sie eine Wanderleber haben, die rechte Seitenlage einnehmen müssen, falls sie nicht Schmerzen und unangenehme Empfindungen verspüren wollen, wofür er als wahrscheinliche Ursache die Ruhestellung annimmt, welche der Leber in dieser Lage zu Teil wird. Ein Wechsel der Rückenlage, gleichgiltig in welche neue, ruft stets Schmerzen hervor. Die Leber selbst verursachte in den meisten Fällen, insoweit sie nicht pathologisch verändert war, keine Schmerzen, auch nicht ein auf sie ausgeübter Druck. Jedoch wurden gewöhnlich hierdurch an entfernteren Punkten Schmerzen ausgelöst.

Sind gleichzeitige Störungen in der normalen Lage der Geschlechtsorgane vorhanden, und werden die hier liegenden Ganglien durch die Leber direkt oder indirekt gedrückt, oder werden durch die oben geschilderte Zerrung der Eingeweide die visceralen Nerven irritiert, so kommt es hierdurch und durch reflektorische Reizungen zu den verschiedenartigsten und oft unerklärlichsten Schmerzempfindungen im ganzen Leibe, wie sie sich nur noch bei hysterischen Personen finden.

Aetiologie der Wanderleber.

Bei dieser grossen Mannigfaltigkeit von Symptomen ist es schwierig, einen Zusammenhang in allen Erscheinungen zu finden und genau zu unterscheiden, was Ursache und was Folge ist, zumal es sich in fast allen Fällen um ein schon ausgesprochenes Leiden handelte. So fehlt es denn auch nicht an zahlreichen Erklärungsversuchen und fast jeder Autor führt eine neue Theorie über die Aetiologie der Wanderleber auf, wobei dann bisweilen auf nebensächliche Störungen ein zu grosses Gewicht gelegt wurde. Aus der Zusammenstellung derjenigen Umstände, welche als

ätiologisches Moment in Betracht gezogen werden könnten, ergiebt sich zunächst, dass keinem derselben ein so entschiedener Einfluss auf das Zustandekommen der Wander-Leber zugeschrieben werden darf, wie dem Geschlecht; denn es finden sich unter den 49 bisher in der Litteratur zusammengestellten Fällen nur 5 Männer mit Wanderleber, wobei noch zu berücksichtigen ist, dass in einem Falle ein Nieren-Tumor zur falschen Diagnose Anlass gab. In den andern 44 Fällen und in unserem handelte es sich um Frauen. Berücksichtigen wir diesen Umstand, so werden wir in der Schwangerschaft ein ätiologisches Moment zu suchen haben, zumal auch die ganz analoge Erscheinung der Wander-Niere allgemein aus derselben Thatsache erklärt wird. Die Leber verhält sich wahrscheinlich bei diesem Vorgange der Dislokation ganz passiv, nicht etwa wie die Milz, welche durch eine krankhafte Schwellung schwerer geworden, an den nun relativ zu schwachen Ligamenten zerrt und sie verlängert. Bisher hat man stets die dislocierte Leber anscheinend von nicht wesentlich veränderter Grösse gefunden, abgesehen von den wenigen Ausnahmen, wie in dem Falle von Barbarotta und dem von Wassiljew, wobei ersterer auch noch ausdrücklich bemerkt, dass das Organ nur wenig vergrössert war. Dass hierin nicht die Ursache der Dislokation liegt, ergiebt sich schon einfach daraus, dass eine nicht unbeträchtliche Lebervergrösserung sehr häufig gefunden wird und gerade bei Männern, Dislokationen bei ihnen sehr selten sind und fast nur bei Frauen vorkommen.

Dass die Schwangerschaft eine Ursache der Wander-Leber sei, nahm schon Cantani an und erklärte sich den Vorgang folgendermassen: in der letzten Zeit der Schwangerschaft dränge der vergrösserte Uterus die Leber nach hinten und riefe hierdurch an den Aufhängebändern des Organs eine leichte, chronische Entzündung hervor, welche sie lockere. Durch das Gewicht der normalen Leber verlängerten sich dann, sobald der Uterus sich wieder involvierte, die Bänder, und die Folge hiervon sei die

Dislokation. Auch schuldigte er schon eine zu enge Schnürbrust als Ursache für eine Wanderleber an, und ihm haben sich verschiedene andere Autoren hierin angeschlossen. Doch steht dies im Gegensatz zur Erfahrung, da diese üble Gewohnheit des zu festen Schnürens nicht sowohl eine Lageänderung, als vielmehr eine Formveränderung des Organes zur Folge hat. Ist die Leber dagegen schon etwas dislociert und ihr Bandapparat nicht mehr intakt, dann kann allerdings durch Schnüren das Organ nach unten gedrückt werden. Ausserdem würde bei dieser Aetiologie ebenfalls das grosse Missverhältnis zwischen Frequenz der Ursache und derjenigen der Wirkung auffallen. Der Ansicht Cantani's, dass eine chronische Entzündung der Authängebänder dieselben lockere, und dann durch die Schwere der Leber eine Dislokation dieses Organs eintreten könne, ist auch Piatelli. Jedenfalls aber ist diese Anschauung, wie schon Meissner angiebt, eine falsche, denn durch eine chronische Entzündung müssten die Bänder eher kürzer, als länger werden. Wie nun der schwangere Uterus die Leber überhaupt zu dislocieren vermag, ist nicht gut einzusehen, denn beide Organe kommen so gut, wie garnicht in Berührung, da sich zwischen sie Darmschlingen lagern, wie man fast immer perkutorisch nachweisen kann. Nähme man gleichwohl einen solchen Contakt an, so würde dies wohl eine Configuration in der Form der Leber und ein Drängen derselben nach oben zur Folge haben, nicht aber eine Dislokation des doch immerhin ziemlich fest gehefteten Organes. Wie nämlich die Leber auf Druck benachbarter Teile sich verhält und sich ihnen anpasst, beschreibt Cruveilhier mit den Worten: Le foie n'a pas de forme particulière, mais cette forme est déterminée par les organes environnants, sur les quels il se moulait. Aucun organe ne se moule plus exactement que le foie sur les parties environnantes, et je serai tenté de dire avec Vesal, que le foie n'a pas de forme déterminée, mais s'accommode à celle des parties voisines. Es zeigen auch deutlich die

Befumde auf dem Sectionstische diese Verhältnisse wieder in der impressio cardiaca renalis sowie in den oft deutlich ausgeprägten Schnürfurchen.

Es lag von vornherein nahe, eine Anomalie des Bandapparates als Ursache für eine Leberdislokation anzusehen, und so hat denn schon Meissner für die abnorme Beweglichkeit eine Verlängerung des lig. coronarium, ein sogenanntes Mesohepar, bestehend in einer Bauchfellduplikatur, verantwortlich gemacht. Nach ihm ist dasselbe höchstwahrscheinlich angeboren und wird durch begünstigende Momente, wie sie in schlaffen Bauchdecken, im Mitpressen während der Geburt und im Heben schwerer Lasten bestehen, allmählich gedehnt und verlängert. Für dieses Mesohepar traten nun eine Anzahl von Autoren ein, weil man in ihm eine so einfache Erklärung für das Zustandekommen der Wanderleber gefunden zu haben glaubte. Nun hat aber leider nach Landau noch Niemand bei Sektionen an Neugeborenen diese Duplikatur des Peritoneum gefunden und man muss daher eine Annahme derselben als eine willkürliche bezeichnen. Bei Kranold's Fall, dessen Patientin an Lebercarcinom starb, zeigte sich die Verbindung zwischen Leber und Zwerchfell, also das Mesohepar, in einer Länge von 1,8 cm. Dieser Befund veranlasste auch diesen Autor, sich in der Frage nach der Aetiologie der Wanderleber der Meissner'schen Ansicht anzuschliessen. Doch fügt auch er hinzu, dass durch irgend einen begünstigenden Umstand diese Peritonealduplikatur verlängert und dadurch die Dislokation der Leber bewirkt würde. Wenngleich noch eine Anzahl anderer Forscher für ein angeborenes Mesohepar eintreten, so neigte man sich doch mehr und mehr der Ansicht zu, dass es sich hier um eine erworbene Anomalie handele und suchte diese durch verschiedene Momente zu erklären. Cantani, der zuerst die Verlängerung der Bänder als ein ursächliches Moment der Dislokation ansah, meint, dass ohne unveränderte Ernährung der Peritonealfalten nicht eine Dislokation

eintreten könne. Hierin schliesst sich ihm namentlich Schott an, wobei er gleichzeitig ein grosses Gewicht auf eine besonders schnelle Fettabnahme legt. Dadurch nämlich, dass das Fett in den subperitonealen Bindgewebe des Zwerchfellüberzuges und in den Befestigungen der Leber schwinde, resultiere eine Verlängerung des Bandapparates.

Wieder andere legen Gewicht auf eine Vergrösserung der Leber, zumal wenn darauf ein schnelles Abschwellen infolge von therapeutischen Eingriffen eintritt, wie dies namentlich bei Malaria beobachtet wird. Die durch die Schwellung der Leber ausgedehnten Bänder haben dann nach der Ansicht Kisbert's besonders bei nachfolgender Ernährungsstörung ihre frühere Elasticität verloren; schrumpft dann die Leber, so bleiben ihre Bänder schlaff und verlängert. Dass ein solcher Vorgang durchaus nicht unwahrscheinlich ist, beweisen Vorgänge an anderen Bandapparaten, wie z. B. an den Ligamenten des Uterus, bei denen nach vorausgegangener Schwangerschaft und dann sich geltend machenden Ernährungsstörungen sämmtliche Bänder eine solche Schlaffheit beibehalten können, dass Uterusdislokationen aller Art eintreten können. Freilich ist diese Art der Entstehung einer Wanderleber gerade nicht häufig. Vielmehr ist der Vorgang oft so zu erklären, dass eine Ausdehnung der Leberligamente gleichzeitig mit der Senkung des Organs eintrittt. Bei allen diesen ätiologischen Momenten ist ein zu grosser Wert auf die Dehnung der Bänder gelegt, was insofern sich als Fehler erweist, als die Lage der Leber garnicht in erheblichem Maasse durch dieselben bestimmt wird, wie schon Winkler annahm. Nach ihm ist die mechanische Aufgabe der Ligamente eine höchst geringe, sodass durch sie nur seitliche Excursionen gehindert werden. Daher schreibt er auch der Länge derselben keinen Einfluss auf die Dislokation der Leber zu.

Was nun zunächst das lig susp. anbetrifft, so ist dasselbe lange nicht stark genug, um ein so schweres

Organ zu tragen und auch bei seiner Richtung hierzu gar nicht geeignet. Besser erfüllt diese Aufgabe das lig. coron., das sich weit höher an die Leber anheftet und den hinteren Rand derselben befestigt. Doch hindert es immerhin nicht die Leber an einer Drehung in der queren Axe und ein Herabsinken bei aufrechter Stellung der Leiche. Auch die lig. lateval. fixieren die Leber so gut, wie garnicht, indem sie nur Verschiebungen des Organs seitwärts hindern, was aber überhaupt kaum in Betracht kommt. Nicht viel wichtiger ist die Befestigung durch die vena cava inf.; dieselbe ist zwar mit dem Zwerchfelle und auch durch die venae hepat. mit der Leber verwachsen, aber Blutgefässe geben nie eine wesentliche Fixation für ein Organ ab infolge der Elasticität ihrer Wände. Eine gewisse Senkung der Leber ist aber trotz aller dieser Verbindungen möglich, wenn man die Bauchhöhle eröffnet. Diese Umstände gaben nun Anlass, nach anderen Ursachen zu suchen, welche die Leber in ihrer Lage erhalten, und Winkler glaubte hierfür den intraobdominellen Druck geltend machen zu können. Vermindere sich dieser Druck, so müsse die Leber samt dem Zwerchfelle heruntersinken, da nun ihr Eigengewicht zur Geltung komme, das früher durch diesen ihr gleichwertigen Druck aufgehoben wurde. Doch zeigten diesbezügliche Versuche an der Leiche, dass diesem Einflusse nicht viel Gewicht zugemessen werden kann, da nach Ausgleichung des äusseren und inneren Druckes die Leber ihre Stellung um nicht viel mehr änderte, als dies vorher der Fall war. Diese Versuche lehrten also, dass der intraabdominelle Druck für die Befestigung der Leber irrelevant ist.

Die wesentlichste Ursache, welche die Leber in ihrer Lage zu erhalten vermag, sind nach Landau zunächst die Eingeweide. Sie unterscheiden sich mit ihrem Inhalte in ihrem spezifischen Gewicht von der Leber nur unwesentlich und geben eine Art von Polster ab, auf dem die Leber zu ruhen vermag. Sie hindern so, indem sie

den ganzen übrigen Raum im Abdomen einnehmen, das Hinuntersinken des Organs, vorausgesetzt, dass sie eben durch normale Bauchdecken zusammengehalten werden. Gleichzeitig kommen auch, wie schon oben erwähnt ist, die Bänder der Leber in Betracht und die Befestigungen mit dem Zwerchfelle, sowie die Ursachen, welche letzteres in seiner normalen Lage erhalten; doch spielen diese Momente nur eine geringe Rolle, da sie von vorneherein eine Dislokation nie allein authalten können und nur ihrer zu grossen Ausgiebigkeit Schranken setzen. Nachdem wir nun in den unter der Leber gelegenen Eingeweiden, wenn sie durch ihre Bänder und durch die Bauchdecken in ihrer Lage gehalten werden, die Stütze für die Leber erkannt haben, so muss auch jede Veränderung dieser Verhältnisse die Stellung der Leber zu stören vermögen. Zunächst kommt hier eine Vergrösserung der Capacität der Bauchhöhle in Betracht, wie sie namentlich durch Hernien verursacht wird. Es ist zwar nicht durchaus nötig, dass solche Zustände eine Wanderleber veranlassen, denn eine Reihe von Umständen können den durch den Bruch freigewordenen Raum wieder verkleinern; namentlich tragen hierzu die Elasticität der Bauchwände bei, welche ja bekanntermassen eine ausserordentliche ist, ferner der Meteorismus der zurückgebliebenen Eingeweide und schliesslich eine Lordosierung der Lendenwirbelsäule. Werden aber diese der Capacität des Leibes entgegenwirkenden Faktoren beeinträchtigt, lassen vor allem die Bauchdecken in ihrer Elasticität nach, so kommt es zu einer Senkung der Leber. Diese absolute Vergrösserung der Bauchhöhle ist die Folge jener mit Hängebauch bezeichneten Erschlaffung der Bauchdecken. Derselbe ist meist eine Folge häufig sich wiederholender, starker und längere Zeit wirkender Volumenvergrösserung des Leibes. Die Entstehungsursache hierzu kann demnach sehr verschieden sein; häufig veranlassen ihn grosse Tumoren des Leibes, wie Ovarialgeschwülste, Uterustumoren, Ascites, Hydramnion,

Hydronephrose, Echinococcen und dergl. Namentlich aber wird er hervorgerufen durch häufige und kurz aufeinanderfolgende Schwangerschaften. Findet dann später gar eine schlechte Ernährung statt, wird die Ausdehnung des Leibes durch Meteorismus unterhalten, oder sonst die Bauchmuskulatur durch eine erschwerte Defäcation, oder durch schweres Arbeiten noch weiterhin angestrengt, so kommt es dann zu einer so hochgradigen Atrophie der Bauchwand, dass sie wie ein schlaffer Beutel herabhängt. Gegen diese Annahme, dass der Hängebauch die Ursache der Wanderleber sei, ist schon von vielen Seiten der Einwand erhoben worden, dass doch bei der so ausserordentlichen Häufigkeit eines Hängebauches die Leberdislokation so selten sei. Ziemssen hält überhaupt alle Erklärungsversuche, welche darauf ausgehen, zwischen Wanderleber und Schwangerschaft einen direkten Zusammenhang nachweisen zu wollen, aus diesem Grunde für verfehlt, zumal in vielen Fällen eine Reihe von Jahren vergingen bis zum Auftreten einer Wanderleber. Doch einerseits setzen sich nicht alle Personen mit Hängebauch schweren Anstrengungen aus und können sich vor jenen Schädlichkeiten schützen, welche eine Dislokation der Leber herbeizuführen im Stande sind, und andererseits muss hierbei in Betracht gezogen werden, dass ja durch jene verschiedenen, oben erwähnten Umstände die vergrösserte Capacität des Leibes ausgeglichen werden kann. So wirkt hier zum Beispiel sehr häufig die Lordosierung der Lendenwirbelsäule compensierend: jene Kranken nehmen fast nie die sonst übliche Haltung beim Gehen an, wie dies sich auch ganz deutlich bei meiner Patientin zeigte, und sie würde vielleicht noch mehr hervortreten, wenn bei solchen Frauen durch diese Haltung nicht noch mehr ihr vergrössertes Abdomen auffällig erscheinen würde.

Verschiedene Fälle beweisen übrigens auch, dass durchaus nicht diese allmähliche Dehnung der Bänder und eine Capacitätsvergrösserung des Leibes nötig ist zum

Entstehen einer Wanderleber. Es kann ein Trauma, ein heftiger Stoss oder Fall diese Dislokationen veranlassen, dann aber hat sie auch nichts typisches an sich, sondern sie richtet sich ganz nach der Grösse und der Art dieser Vorgänge. Einen derartigen Fall beschreibt Garnett. Danach soll eine 50 Jahre alte Frau, als sie sich rasch gebückt hatte, um etwas vom Boden aufzuheben, einen plötzlichen Ruck in der rechten Seite des Leibes und darauf folgende Schmerzempfindungen verspürt haben. Die Untersuchung soll dann „lauten" Schall entsprechend der Lebergegend und Dämpfung weiter abwärts in der rechten Hälfte des Abdomen ergeben haben. Die Palpation blieb wegen des Fettpolsters nur unbestimmt, jedoch war rechts ein stärkeres Resistenzgefühl, wie links. Am zweiten Tage darauf soll alles gut und normal gewesen sein. Es ist wohl in diesem Falle anzunehmen, dass durch das Trauma sich zwischen Leber und Zwerchfell Därme geschoben haben und darauf durch die Elasticität der beiderseitigen Bandverbindungen die Organe wieder in ihre ursprüngliche Lage zurückgekehrt sind. Jedenfalls muss man bei jedem heftigen Trauma, welches die Leber dislociert, wohl ausser der Dehnung auch eine Zerreissung der Bänder annehmen, denn sonst wäre an eine wesentliche Dislokation der Leber bei intakten Bauchdecken kaum zu denken. Landau erklärt sich die Vorgänge, welche bei einem 21jährigen Mädchen infolge Hebens eines Klaviers eine Wanderleber hervorriefen, so, dass durch die Insultation des Bandapparates mit consecutiver Abmagerung und Schwächung der Bauchdecken eine Luxation der Leber eingetreten sei, wie dies bei ähnlichen Verhältnissen auch bei der Niere geschieht. Bei diesem Mädchen hatten sich auch peritonitisähnliche Erscheinungen und ein lang dauernder Ikterus eingestellt. Wenngleich ein Trauma nur selten die eigentliche Veranlassung zu einer Wanderleber ist, so vermag es doch eine bereits in Senkung begriffene Leber plötzlich stärker zu dislocieren, wie dies auch von mehreren

Autoren beobachtet ist. Viel ausgiebiger wirken auf das Entstehen einer Wanderleber plötzliche und starke Contraktionen des Zwerchfelles und unwillkürliche Exspirationsstösse. Namentlich kommen hier Husten, Niesen, Gähnen und Lachkrämpfe in Betracht. So wird in unserem Falle geklagt, dass bei Husten und Niesen sich heftige Schmerzen in der Lebergegend einstellten; selbst Gähnen und tiefes Aufathmen wurde schon als schmerzhaft empfunden. Es ist ja auch einleuchtend, dass durch dieses plötzliche Emporschnellen des Zwerchfelles an allen peritonealen Verbindungen desselben mit der Leber gezerrt werden muss und dass dann durch die häufige Wiederholung, besonders wenn noch Abmagerung, Ernährungsstörungen und Schlaffheit der Bauchdecken hinzutreten, daraus eine Wanderleber resultieren kann.

Therapie.

Alle Autoren stimmen darin überein, dass durch eine gut angelegte und passende Binde therapeutisch das meiste bei der Wander-Leber erreicht werde. Es hörten danach gewöhnlich alle Schmerzen auf, das Gefühl von Völle und Schwere im Leibe schwand, ja die Kranken waren wieder bisweilen sogar zu schwerer Arbeit fähig. Hierbei ist es gleichgiltig, ob die Leber dislociert bleibt, es genügt, wenn sie nur fixiert wird, da hierbei schon alle Zerrungserscheinungen fortfallen.

Die Binden müssen vor allem fest angelegt werden, besonders wenn ein Hängebauch vorhanden ist, und breit genug sein, um eine wirksame Stütze des ganzen Leibes zu erreichen. Am üblichsten sind hier die Flanellbinden, nur haben sie den einen Nachteil, dass sie ziemlich warm sind und dadurch die Kranken veranlassen, sie des Nachts

abzulegen. Da dies aber im Anfang der Behandlung überhaupt zu meiden ist und dann gewöhnlich von den Laien die Binden nicht richtig angelegt werden, so wird hierdurch zwei Missständen Vorschub geleistet. Um den Binden eine elastische Spannung zu geben, welche sich den verschiedenen Stellungen und Raumveränderungen des Leibes anpasst, ist es zweckmässig, in dieselben keilförmige Stücke von Gummi einzufügen. Man hat auch Binden aus Gummifäden mit grobmaschigem Geflecht construiert, doch müssen dieselben zweckmässig stets eine Stoffunterlage haben, weil sonst die Perspiration der unterliegenden Haut gestört ist und hierdurch unangenehme Reizzustände derselben hervorgerufen werden. Genügen diese Binden nicht, was bei hochgradigen Hängebäuchen der Fall ist, so muss man die Bauchdecken durch eine Art Corset schützen, doch ist dies nicht so einfach, als man auf den ersten Blick anzunehmen geneigt ist. In vielen Fällen werden Corsets überhaupt nicht vertragen, in anderen können sie nur im Stehen ohne Beschwerden benutzt werden. Da in den meisten Fällen gerade in den vorderen Partien die Bauchdecken am schlaffsten sind infolge der Diastase der recti, so ist es am zweckmässigsten, hier ein besonders festes Mittelstück, ein sogenanntes Blanchette, einzufügen. Der Schluss des Corsets befindet sich dann an den Seiten. Diese Bandagen eignen sich auch insofern sehr gut, als gerade hierdurch die zur Befestigung der Kleider dienenden Bänder nicht die Bauchdecken einschnüren können: bei den Binden ist dieser Umstand ziemlich misslich, zumal durch den Zug der Bänder nach unten sehr leicht eine Verschiebung der Leibbinde eintritt. Das Verschieben nach oben kann man dagegen leicht verhindern durch doppelt oder einfach angebrachte Dammbinden; diese sind noch insofern sehr günstig, als sie eine Stütze für das Perineum abgeben und etwaige drohende Vorfälle zurückzuhalten vermögen. Gegen das gerade in diesen Fällen unzweckmässige Schnüren der Kleider um die Taille verwahrt man sich am besten durch

Traggurte. Von Schott ist eine stellbare Pelotte angegeben worden, um die Leber zurückzuhalten; letztere Indikation besteht überhaupt nicht, denn die Therapie bezweckt nur, dem ganzen Leibe eine Stütze zu schaffen. Ausserdem sprechen bei diesem Instrument wohl auch noch pekuniäre Rücksichten mit und dann noch die Unbequemlichkeiten beim Tragen desselben.

Kisbert hat sogar zwei operative Verfahren angegeben, welche die Leber an ihrer normalen Stelle befestigen sollen. Es scheint hier jedoch nur bis zum theoretischen Stadium gekommen zu sein zu sein. Es soll nämlich nach der Reposition der Leber ein Bauchschnitt am Rippenrande entlang gemacht werden, dann das Organ an den peritonealen Teil der Wundränder angenäht werden; ausserdem würde noch die Leber durch drei Catgutnähte zu befestigen sein. Ich möchte hiergegen erwähnen, dass Nähte an der Leber überhaupt nicht zur Anwendung kommen dürfen, denn Geheimrat Kaltenbach beobachtete bei Gelegenheit einer Laparotomie, dass alle Nähte durch das weiche Parenchym des Organs durchschnitten und er nur durch Anheftung von Pseudomembranen an die umliegenden Partien im stande war, eine Leberblutung zu stillen. Wie gefährlich solche Operationen an der Leber sind, das zeigt noch die Abtragung eines Schnürlappens, wobei doch noch zu berücksichtigen ist, dass solche Stellen, da sich an ihnen bekanntermassen viel Bindgewebe und wenig Leberparenchym befindet, für eine Naht viel geeigneter sind. Gleichwohl kam es in einem solchen Falle zu einer sehr heftigen Nachblutung. Dann ist es immer noch sehr die Frage, ob durch eine so gefährliche und eingreifende Operation wirklich eine Radikalheilung erreicht wird, denn dies allein könnte den Eingriff nur rechtfertigen. Ausserdem dürfte es doch sehr wahrscheinlich sein, dass die Leber an diesen neuen peritonealen Befestigungen sehr zerren und neue, vielleicht unangenehmere Schmerzempfindungen hervorrufen würde.

Abgesehen von dem direkten Stützen des Leibes

durch Binden, ist es indiciert, die Bauchmuskulatur zu stärken: die verloren gegangene Elasticität dagegen dürfte man kaum zu heben im stande sein. Diesen ersten Zweck sucht man namentlich durch Faradisation zu erreichen und hat hierbei auch entschiedene Erfolge zu verzeichnen, wenn die Muskulatur nicht zu atrophisch war. Ausserdem wäre hier noch die Massage und kalte Douche am Platze.

In zweiter Reihe sind dann alle secundären Erscheinungen der Wanderleber bei der Therapie zu berücksichtigen. Vor allem kommen hier die Dislokationen und die Stauungserscheinungen der Genitalien in Betracht. Die ersteren sind manuell zu beseitigen, und dann durch passende Pessare der Uterus zu fixieren; handelt es sich gleichzeitig um Senkungsvorgänge, namentlich um eine Nachgiebigkeit des Dammes, so sind diese nach den üblichen Methoden zu beseitigen. Die Stauungserscheinungen schwinden nach der Behandlung der Wanderleber häufig von selbst, besonders wenn prophylaktisch durch wiederholtes Liegen und Vermeidung von zu langem Stehen und Gehen denselben entgegengewirkt wird. Hat sich Ascites oder ein Oedem an den unteren Extremitäten ausgebildet, dann dürfte wohl unter allen Umständen Digitalis zu empfehlen sein.

Ein grosses Gewicht ist auf eine regelmässige Defäkation und die Vermeidung aller Ursachen zu legen, welche verstopfend wirken oder Meteorismus hervorrufen. Es muss daher die Diät geregelt werden, schwere, namentlich viel Legumin enthaltende Speisen sind ganz zu meiden, und bei etwaiger Verstopfung ein leichtes Abführmittel, am besten eines der üblichen Salze zu nehmen. Sind bereits Darmkatarrhe eingetreten, so ist auf diese besondere Rücksicht zu nehmen. Vorzüglich aber ist auf die Behandlung der Bauchdecken nach der Schwangerschaft zu achten, da erfahrungsgemäss am häufigsten Vernachlässigung dieser Vorschrift den Anlass zu Hängebauch mit consecutiver Wanderleber giebt. Es müssen daher von einer Wöchnerin

alle oben berührten Schädlichkeiten abgehalten werden, welche eine solche Erschlaffung der Bauchdecken herbeizuführen im stande sind. Wenn aber solche Frauen bald nach ihrer Entbindung schwere Arbeiten zu verrichten gezwungen sind, so sollten sie nie unterlassen, eine gut sitzende Bandage anzulegen.

Sollten die Kranken durch eine falsche Vorstellung von der Schwere ihres Leidens psychisch alteriert sein, so wäre es gewiss am Platze, sie auf die Ungefährlichkeit ihrer Erkrankung aufmerksam zu machen.

Schluss.

Im allgemeinen wird ein viel zu geringes Gewicht auf die Behandlung der Bauchdecken nach vorangegangener Schwangerschaft gelegt, während auf die anderen Organe, welche durch dieselbe alteriert worden sind, peinlich geachtet wird. Genau sieht man auf die Involution des puerperalen Uterus, genau sorgt man für eine Wiederherstellung eines normalen Dammes und scheut keine Operation, um diesen Zweck zu erreichen. Auf die Bauchdecken aber, die doch einen so wichtigen Faktor bei dem Geburtsvorgange spielen, die ja schliesslich die Geburt beenden, wenn der Uterus am Ende der Austreibungsperiode seine Aufgabe erledigt hat, achtet später Niemand. Den Frauen wird meist keine ordentliche Weisung mitgegeben, dass sie auf ihren Leib zu achten haben, und so kommt es dann, dass durch jene oben besprochenen Schädlichkeiten bald die Bauchdecken schlaff werden und sich eine Diastase der Recti einstellt. Ja, in besonders ungünstigen Fällen tritt dann ein Hängebauch mit all' seinen lästigen Beschwerden ein. Es dürfte sonach zweckmässig sein, dass die Frauen nach ihrer Entbindung auf

diese Schädlichkeiten aufmerksam gemacht werden und ihnen anempfohlen wird, eine Leibbinde zu tragen, besonders wenn sie bald ihre frühere Arbeit aufzunehmen gezwungen sind. In anderen Ländern, namentlich in England, hat man auch schon die Zweckmässigkeit dieses Verfahrens eingesehen, und neuerdings ist auch auf die Befürwortung von deutschen Gynäkologen, besonders von Geheimrat Kaltenbach, Hegar und Czerny dieses Tragen von Binden nach dem Puerperium vielfach in die Praxis eingeführt.

Zum Schluss möchte ich nicht unterlassen, Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. Kaltenbach für die gütige Ueberlassung dieses Falles, sowie Herrn Prof. Dr. Küssner für seine freundliche Unterstützung bei der Anfertigung dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Benutzte Litteratur.

Archiv für Gynaekologie. Bd. IV. VII. VIII.
Schmidt's Jahrbücher. Bd. 141. 149.
Landau, Wanderleber u. d. Hängebauch d. Frauen.
Wiener medic. Presse 1876.
Berliner klin. Wochenschrift.
Ziemssen, Handb. der Path. u. Ther.
Strümpell, Lehrbuch d. spec. Path. u. Ther.
Centralblatt für d. medic. Wissenschaften.
Deutsche Medicinalzeitung 1882.
Virchow-Hirsch, Jahrbücher.

Vita.

Verfasser, Georg Gustav Curtius, ev. Confession, ist am 10. Februar 1861 zu Graudenz in West-Preussen als jüngster Sohn des Rentier Gustav Curtius geboren. Seine erste Schulbildung erhielt er in seiner Vaterstadt, dann besuchte er die Gymnasien zu Allenstein und Hohenstein in Ost-Preussen. Von letzterem am 18. März 1884 mit dem Zeugnis der Reife entlassen, genügte er zu Königsberg in Ost-Preussen seiner militärischen Dienstzeit und widmete sich ebendaselbst 2 Semester dem Studium der Medizin. In den beiden folgenden Semestern studierte er in Würzburg und bestand dort das Tentamen physikum am 5. März 1886. In seinen 5 klinischen Semestern besuchte er die Universitäten Freiburg und Halle, und war im Sommersemester 1888 vier Monate in der Königl. Frauenklinik bei Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. Kaltenbach Volontärarzt. Im Prüfungsjahr 1888/89 absolvierte er zu Halle die ärztliche Staatsprüfung und bestand am 9. Juli 1889 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte Verfasser die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten:

In Königsberg:
Merkel, Zander, Lossen, Grünhagen.

In Würzburg:
Fick, Kohlrauch, Wislicenus, Kölliker, Semper, Stöhr, v. Sachs, Landwehr.

In Freiburg:
Maier, Kast, Strasser, Engelhardt.

In Halle:

Weber, Olshausen, Ackermann, Oberst, Harnack, Schwarz, v. Volkmann, Kaltenbach, Bunge, Krause, Graefe, Hitzig, Pott, Kuessner, Hessler, Schuchardt.

Diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen aufrichtigsten Dank aus.

Thesen.

I.

Nach dem Verlassen des Wochenbettes ist den Frauen das Tragen von Leibbinden zu empfehlen.

II.

Bei kalten Abscessen und tuberkulösen Gelenkaffektionen ist in vielen Fällen die Jodoformglycerin-Injection dem operativen Verfahren vorzuziehen.

III.

Behufs Vornahme der Catarakt-Operation ist das Abwarten der Reife des Staares nicht notwendig.